

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

73

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 janvier 1892, à 1 heure

Par M^{lle} HÉLÈNE KAISER

Née à Saint-Petersbourg, le 12 janvier 1859

LA SÉMÉIOLOGIE
DES PALPITATIONS

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. } TILLAUX, professeur.
RICARD, LETULLE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE PAUL VIGOT

10, rue Monsieur-le-Prince, 10

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

73

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 janvier 1892, à 1 heure

Par M^{lle} HÉLÈNE KAISER

Née à Saint-Petersbourg, le 12 janvier 1859

LA SÉMÉIOLOGIE
DES PALPITATIONS

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. } TILLAUX, professeur.
 } RIGARD, LETULLE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

LIBRAIRIE PAUL VIGOT

10, rue Monsieur-le-Prince, 10

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	LIEULA TOY
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TILLIAUX.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SÉE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	BALL.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	CHARCOT.
	VERNEUIL.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. RICHEL, SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agréés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DÉJERINE	MARIE	REITTERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON VÉNÉRÉ MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

Professeur à la Faculté de médecine
Professeur de clinique à l'hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

LA SÉMIOLOGIE

DES PALPITATIONS

INTRODUCTION

Pendant notre stage dans le service de M. le professeur Potain maintes fois nous avons eu l'occasion de voir des malades venant se plaindre de palpitations et demander un soulagement à la sensation pénible qu'ils éprouvaient. Le cœur toujours examiné avec soin était fréquemment reconnu indemne à toute lésion organique et M. le professeur Potain faisait observer à propos de ces cas ce fait sur lequel il insiste, c'est que le plus grand nombre des malades atteints de palpitations cardiaques violentes n'ont rien au cœur. Cette proposition n'est pas nouvelle et les recherches que nous avons pu faire sur ce sujet dans les auteurs qui ont traité des affections du cœur nous le montrent surabondamment puisqu'il y a très longtemps qu'on a dit « lorsqu'un individu se plaint de palpitations de cœur cherchez-en la cause partout ailleurs que dans le cœur » ; mais la connaissance plus approfondie que l'on a de ces phénomènes, permet de rajeunir pour ainsi dire cette question, d'autre part la fréquence et surtout

l'intérêt pratique qu'elle peut avoir nous a fait prendre avec empressement la résolution d'en faire notre sujet de thèse inaugurale.

Qu'il nous soit permis, avant d'entrer dans le cœur de notre sujet, de remercier ici notre cher maître pour l'enseignement qu'il nous a prodigué pendant tout le temps que nous avons pu suivre son service, pour les documents qu'il a mis à notre disposition pour notre travail, enfin pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous ne saurions oublier en terminant nos études de témoigner toute notre gratitude à tous les maîtres de la Faculté de Paris qui nous ont guidé pendant ces dernières années, MM. les professeurs Jaccoud, Ledentu et Pinard, M. le professeur agrégé Kirmisson, M. Championnière. Nous garderons toujours le souvenir du bon accueil que nous avons trouvé près M. le Dr Dehenne, dont nous avons été pendant plus d'une année l'élève bénévole.

Nous n'oublierons pas non plus MM. les Drs Rochard, Duflocq et Foubert, qui ont été pour nous trois chefs de clinique aimables et soucieux de notre instruction médicale. Que M. Carrel, interne des hôpitaux, reçoive ici nos remerciements pour les observations qu'il a bien voulu nous communiquer.

HISTORIQUE

Si nous nous reportons aux documents français du siècle dernier sur la question, nous trouvons déjà qu'elle n'a pas manqué d'exercer la sagacité des écrivains médicaux.

Dans les mémoires pour l'histoire des sciences de Trévoux, sont publiées trois lettres sur les palpitations; dans lesquelles les auteurs esquissent l'étiologie et essayent de donner, non une physiologie pathologique, mais plutôt une série d'hypothèses pouvant expliquer les palpitations.

Pendant longtemps les mouvements de contraction du cœur ont été mis en cause et l'on a admis que le relèvement de la pointe du cœur pendant la systole et son choc dans l'intervalle des cinquième et sixième côtes donnaient naissance aux palpitations.

Peschadour, de Tulle, dans la dernière de ses lettres que nous avons mentionnées, s'exprime ainsi, résumant les deux précédentes. « Ruel de Valeace, dit-il, fait voir ingénieusement la fausseté de l'opinion de quelques modernes qui ont prétendu trouver la cause prochaine de cette maladie dans un mouvement convulsif du cœur. Gonnin de Montélimar, conservant le plan de Ruel, donne un tour à son hypothèse, l'éclaircit, la perfectionne et y ajoute plusieurs causes occasionnelles, qui ont en effet été jusqu'ici adoptées par l'expérience, et il ajoute à la grande énumération de causes, soit idiopathiques, soit sympathiques, de la palpitation, l'influence

des mouvements de l'estomac. On peut, ajoute-t-il, tirer de cette source une multitude de causes de la palpitation sympathique à raison du ventricule, du diaphragme, du médiastin ; car on sait que toutes les parties ont connexion avec le cœur par le moyen des nerfs et des ligaments. »

On voit déjà paraître dans ces documents une étiologie multiple des palpitations, mais ces données ne permettent pas encore de définir nettement ce que l'on doit entendre par palpitation.

Il faut arriver à Méral dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, à Bouillaud, et surtout à Laënnec pour avoir une définition clinique.

Méral dans un article définit ainsi les palpitations : « mouvements désordonnés, spontanés et successifs, qui ont lieu dans une partie du corps humain ».

Cette définition générale comprend des phénomènes qui ne rentrent pas dans le cadre de la nosologie moderne.

Le mot palpitation n'est réservé aux troubles de la seule circulation.

Lorsque Méral traite dans son article les palpitations du cœur, auxquelles il semble accorder du reste le plus d'importance, puisqu'il leur donne la priorité, il écrit :

« Les palpitations sont des battements de cet organe plus manifestes que dans l'état habituel et incommodes pour le malade qui les éprouve ».

En santé, on ne sent pas battre son cœur, ou du moins on n'y fait nulle attention, parce que ce mouvement n'a rien de pénible ; mais lorsque, pour une cause quelconque, les pulsations habituelles deviennent ou plus fréquentes ou plus fortes, ou l'une et l'autre avec gêne et douleur, les sujets y

prennent une attention forcée et sont tourmentés par le dérangement dans l'exécution de la circulation.

Il y a des palpitations qui présentent de l'irrégularité dans leur manière d'être, ce qui établit une sorte de division entre elles, puisque les unes sont d'une mesure toujours semblable, tandis que les autres s'offrent suivant un mode irrégulier.

Bouillaud donne le nom de palpitations nerveuses, à des mouvements tumultueux, forts et fréquents, dont le cœur est quelquefois agité, chez des sujets qui ne sont atteints d'aucune lésion matérielle, appréciable de cet organe.

Ces mouvements peuvent ne durer que quelques instants, ou bien au contraire persister pendant longtemps.

Ils sont sentis par les personnes chez lesquelles ils existent, tandis que les battements ordinaires du cœur ne le sont pas au moins chez l'immense majorité des personnes.

Le mot palpitation du cœur, dans le langage médical actuel, écrit Laënnec dans son *Traité de l'auscultation médiate*, peut être défini un battement de cœur sensible et incommode pour le malade, plus fréquent que dans l'état naturel et quelquefois inégal sous les rapports de fréquence et de développement.

Et plus loin, dans son chapitre des *Affections nerveuses du cœur et des vaisseaux*: « Les palpitations purement nerveuses, c'est-à-dire celles qui existent sans lésion organique, sont souvent plus incommodes que les autres. »

Cette définition de Laënnec est restée classique, et la distinction qu'il établit entre les palpitations accompagnant une modification cardiaque et les palpitations nerveuses reste

telle qu'il l'a créée avec cette réserve que le champ étiologique a été singulièrement agrandi.

Toutefois la question, tout en restant telle que Lœnnec l'a définie, a été très souvent étudiée depuis, et ce sont surtout ses caractères accessoires, ses symptômes concomitants qui ont fait l'objet des dissertations. Stokes dont le livre sur les maladies du cœur, fait autorité dans la matière, donne des documents précieux, des observations de palpitations nerveuses en assez grand nombre, et s'occupe surtout de mettre en relief celles qui surviennent par l'abus du thé, du café, du tabac mais englobant cette étude dans le chapitre des affections fonctionnelles du cœur il n'en a fait qu'une étude disséminée, dispersée. Il semble n'avoir eu pour but que les rapports des palpitations avec les altérations organiques. « Il est, dit-il, souvent impossible de déterminer le moment où l'excitation et l'irrégularité de l'action du cœur cessent d'être dues à un trouble fonctionnel pour se rattacher à une dilatation, à une altération anatomique quelconque. Les difficultés du diagnostic sont ici bien plus grandes qu'on ne le croit ».

Souvent il nous est arrivé de voir le cœur fonctionner très irrégulièrement pendant plusieurs mois ; puis reprendre tout à coup un rythme et des bruits parfaitement naturels.

Quelque fois le médecin traitant nous apprenait que l'irrégularité des battements cardiaques remontait à bien des années et cessait par intervalle.

Puis les mémoires les plus importants que nous retrouvons dans la littérature médicale pendant une dizaine d'années après l'apparition de la traduction française de Stokes par

Sénac, ont traité à un trouble nerveux concomitant des palpitations, qui au point de vue subjectif a de grands points communs avec elles, nous voulons parler des intermittences.

Déjà Laënnec avait consacré un grand chapitre de son livre à ce sujet.

M. Lasègue, dans les *Archives Générales de médecine* de 1872 l'étudie avec des vues nouvelles, et donne à ce propos sur le sujet que nous traitons, de nouveaux aperçus.

Il pose nettement les trois caractères fondamentaux des battements du cœur, qu'il importe de considérer, le rythme, l'intensité et la sonorité; dissociée, l'irrégularité qui porte sur ces trois éléments, de l'intermittence limitée à une altération de rythme, et s'élève contre la confusion si fréquente, faite par les meilleurs observateurs, des dénominations, intermittences, irrégularités, palpitations.

La palpitation dit-il, est essentiellement une exagération de l'impulsion cardiaque.

Objective ou subjective, c'est-à-dire perceptible par le médecin, ou ressentie et accusée par le malade, et coïncidant le plus souvent avec un mouvement précipité.

Dans la plupart des cas les battements sont irréguliers quant au rythme, dans quelques-uns ils sont séparés par des silences ou plutôt par des repos d'une durée inégale.

Cette forme de désordre se rencontre comme symptôme d'affections nerveuses, comme signe de phlegmoses cardiaques au début, comme complication de lésions anciennes du cœur, mais alors la palpitation n'a qu'une signification réduite en regard des autres phénomènes. Le travail de M. Lasègue suscite dans ce même ordre d'idées, d'autres mémoires et thèses, et à côté l'analyse chimique des modifica-

tions de rythme du cœur prennent place des travaux physiologiques. M. Lereboullet en 1875 et son élève Bories mettent à profit ces données physiologiques de Claude Bernard, de Marey, de Vulpian, pour faire un essai de classification des altérations du rythme cardiaque et classent les intermittences sous deux chefs : les intermittences nerveuses dues à une excitation directe au réflexe du plexus cardiaque, et les intermittences organiques déterminées par une altération aiguë ou chronique du muscle cardiaque. A la même époque (1875) paraît une série d'articles de M. le professeur G. Sée (*France médicale*) dans lesquels il s'efforce de distinguer les arythmies et les intermittences des palpitations.

L'arythmie se définit d'elle-même ; nous avons vu ce qu'il fallait entendre par intermittences ; signalons seulement l'une des propositions qu'énumère M. le professeur Sée dans son article *Palpitations* pour être fixé sur la valeur de ces différents termes.

Les palpitations peuvent coïncider avec des intermittences ou des troubles dans le rythme du cœur ; mais ce dernier fait est plus rare, car le pouls est ordinairement ralenti dans ce dernier cas.

Quoi qu'il en soit, ce sont là des phénomènes indépendants des palpitations et qui viennent seulement compliquer ces dernières.

A la période moderne, c'est-à-dire, depuis une dizaine d'années, l'étude des intermittences est délaissée et une nouvelle modification du rythme cardiaque a fait son apparition dans la nosologie : la *tachycardie*.

Comme l'indique son nom la tachycardie est un trouble

caractérisé par l'accélération notable des battements du cœur.

Il importe encore de dissocier ces phénomènes des palpitations et si nous nous reportons à la définition des palpitations que nous avons adoptée nous serons obligés de faire des réserves au point de vue de la fréquence des battements cardiaques.

Empruntant les termes mêmes à une thèse récente pour différencier la palpitation de la tachycardie nous dirons d'après l'auteur de ce travail (1).

La palpitation est essentiellement caractérisée par une sensation subjective d'augmentation dans la force des battements du cœur. Cette sensation subjective échappe à la méthode expérimentale.

La tachycardie est essentiellement caractérisée par l'accélération des battements du cœur et peut au contraire être produite à volonté sur les animaux.

Chez l'homme il y a, il est vrai, le plus souvent l'existence des deux phénomènes, mais cela ne veut pas dire qu'on ne puisse pas les séparer.

L'accélération, en effet, que l'on rencontre dans la palpitation, ne constitue pas le phénomène constant, caractéristique de la palpitation, attendu qu'il peut y avoir palpitation coïncidant avec un ralentissement des battements cardiaques.

De même pour la tachycardie celle-ci peut être accompagnée de sensations subjectives ; mais il est toute une classe de tachycardies où les battements du cœur sont au contraire

1. Thèse de Larcena, 1891. *Des tachycardies, études cliniques et physiologiques.*

très faibles, à tel point que le malade ne se doute pas de la rapidité avec laquelle se meut son cœur.

En résumé, que la tachycardie accompagne souvent la palpitation ou que celle-ci soit liée fréquemment à la tachycardie, nous n'en avons pas moins affaire à deux états particuliers, caractérisés, l'un par la sensation subjective d'augmentation dans la force des contractions cardiaques ; l'autre par une accélération notable et constante des battements du cœur.

L'étude historique des palpitations nous ayant amené à entrer dans quelques détails sur le rythme cardiaque, nous signalerons en terminant ce chapitre, sans y insister toutefois, le pouls lent permanent qui a fait en ces derniers temps l'objet de nombreux travaux.

Notons en passant que les symptômes concomitants de cette modification du pouls ne se rattachent qu'assez indirectement à notre étude, la note dominante étant surtout des phénomènes de lypothymie et de syncope.

ÉTIOLOGIE

L'axiome que nous avons rappelé au début, lorsqu'un individu se plaint de palpitations du cœur, « cherchez-en la cause partout ailleurs que dans le cœur » pour bien mettre en relief la fréquence des palpitations en dehors des maladies organiques du cœur, mais il ne doit pas être pris au pied de la lettre, et considéré comme une vérité absolue, ces vérités n'existant point dans le domaine de la médecine, nous dirons même avec M. le professeur Potain: que c'est là un mauvais conseil.

Il importe en présence d'un malade qui se plaint de palpitations, d'examiner avant tout le cœur pour éliminer, s'il y a lieu, les maladies organiques susceptibles de donner naissance à ce symptôme.

(Semaine médicale, 25 décembre 1884).

C'est ce que nous ferons brièvement dans ce chapitre étiologique réservant de plus grands développements pour les palpitations nerveuses proprement dites, et les palpitations sympathiques.

Rappelons d'abord que les palpitations accompagnent souvent les autres symptômes des myocardites et des endocardites.

Dans la péricardite elles sont fréquentes au début de l'affection et se révèlent surtout quand le malade se livre à quelque mouvement, ou veut s'asseoir sur son lit.

De plus, il n'est point rare d'observer des malades présentant une hypertrophie cardiaque, très tourmentés par des battements de cœur et le soin que prennent tous les classiques d'établir le diagnostic d'hypertrophie du cœur avec les palpitations nous dispense d'insister.

Les battements irréguliers de l'insuffisance mitrale s'accompagnent presque toujours d'une force qui les rend sensibles et douloureux pour le malade, d'une fréquence extrême dans ces cas.

Elles le fatiguent par leur persistance et leur facile retour sous les moindres influences.

Chez les malades porteurs d'un rétrécissement mitral surviennent fréquemment avec les troubles dyspnéiques et les accès d'asthme cardiaque, des palpitations extrêmement intenses.

Chez les aortiques parmi les symptômes d'anémie caractéristiques de leur état, on note souvent des phénomènes douloureux du côté du cœur, interprétés de façons différentes par les auteurs, mais au point de vue subjectif répondant tout à fait aux palpitations.

Nous voyons que dans toutes les cardiopathies type, surviennent des palpitations ; mais en clinique nous verrons que chez les cardiaques vient parfois se surajouter un élément nerveux de telle sorte qu'il est souvent difficile de débrouiller si l'on a affaire à des palpitations nerveuses chez un cardiaque ou à des palpitations purement symptomatiques.

Nous rappelons à ce propos le fait de la malade dont M. Potain rapporte l'histoire dans une de ses cliniques.

Une femme de trente-cinq ans entre dans son service de l'hôpital Necker.

Déjà soignée par M. Potain six mois auparavant pour la même affection, cette femme raconte que dès sa jeunesse à peu près au moment des règles, elle avait été sujette à éprouver dans la région précordiale la sensation pénible qu'elle ressent encore.

Depuis cette époque elle s'est mariée et a eu onze enfants.

Malheureuse en ménage, elle n'a cessé d'éprouver depuis de nombreuses années, des émotions violentes, des frayeurs provoquées par la brutalité de son époux à son égard.

Elle a tenté de se suicider en se tirant un coup de revolver dans la poitrine; heureusement que la balle a contourné le thorax et qu'elle n'a déterminé la lésion d'aucun organe important.

C'est après la guérison de cette plaie que les palpitations se sont manifestées de nouveau, acquérant rapidement une grande intensité.

A l'examen, on constatait que le cœur battait avec une rapidité excessive donnant jusqu'à cent soixante pulsations à la minute; ces battements étaient violents, légèrement irréguliers dans leur rythme.

Ils étaient accompagnés d'une dyspnée intense que le moindre mouvement exagérait à ce point que la malade ne pouvait même pas se retourner dans son lit.

Le seul fait de la placer sur son séant donnait naissance à des accès de suffocation, accompagnés de bruits bronchiques qui s'entendaient à distance, si bien que l'on aurait pu croire à un accès d'asthme. Cela n'empêchait pas la malade d'avoir un assez bon aspect; elle n'avait que fort peu maigri et son appétit était encore assez bon.

En auscultant le cœur, M. Potain ne trouve pas de bruit anormal distinct sauf de temps à autre un dédoublement du second bruit.

Il est vrai ajoute l'observateur, que le cœur était complètement recouvert par le poumon; il était fort difficile d'apprécier avec quelque exactitude, ce que l'on entendait. Il existait un certain désaccord entre l'impulsion des pulsations cardiaques et celle du pouls, les battements du cœur étant très exagérés et le pouls presque normal, en dehors bien entendu de sa fréquence toute spéciale.

Avec ces données, M. le professeur Potain réserva son diagnostic et attendit l'effet du repos et de la digitaline pour se prononcer entre le diagnostic, palpitations nerveuses et palpitations symptomatiques d'une lésion cardiaque.

On perçut dans la suite tous les signes du rétrécissement mitral ce qui jeta la lumière sur ces cliniques.

L'observation suivante plus récente que nous avons recueillie dans le service de clinique de la Charité nous fournit un exemple analogue.

OBSERVATION I

Jeune homme, 30 ans, ouvrier.

Pas d'antécédents héréditaires.

Son père et sa mère sont vivants et jouissent d'une bonne santé habituelle.

Nous relevons dans les antécédents personnels de notre malade, une fièvre typhoïde en 1888.

Depuis cette époque, cet homme d'un tempérament nerveux se plaint de palpitations.

En 1870 il a été soigné, à l'hôpital, d'une attaque de rhuma-

tisme et le troisième jour qui suivit son entrée, on lui appliqua des pointes de feu à la région précordiale.

Il y a lieu de penser que à cette époque, on a trouvé quelque trouble cardiaque ; mais ce trouble n'était pas sous la dépendance de cette première attaque de rhumatisme au troisième jour.

Quoi qu'il en soit : au moment où nous l'examinons, nous trouvons le volume du cœur normal ; la pointe du cœur n'est pas sentie. Le second bruit est dédoublé et ce dédoublement est constant.

On entend de plus un souffle systolique très fort et se propageant à peine dans l'aisselle.

Il y a donc une double lésion mitrale.

Mais ce n'est point cette affection, ce ne sont point les symptômes propres de cette double lésion mitrale qui amènent ce malade à l'hôpital, ce sont de violentes palpitations.

Dans cette observation comme dans celle qui précède, les palpitations dominent toute la scène ; la lésion cardiaque joue un rôle effacé.

Dans ces deux cas il s'agissait de lésion mitrale, on trouve des exemples analogues dans les lésions aortiques, telle est la suivante :

OBSERVATION II

Ch..., 30 ans, journalier.

Antécédents héréditaires. — Père asthmatique, serait mort d'une affection cardiaque.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure.

Jamais de rhumatisme. C'est vers le mois d'avril 1888 qu'il éprouve les premiers troubles.

Obligé par son métier de trainer une charrette très pesante, il remarque qu'il s'essouffle plus facilement, son cœur se met à battre violemment.

Tous ces symptômes s'accroissent, il est obligé de cesser ses occupations.

Amélioration par le repos, mais impossibilité de faire un exercice violent.

En octobre 1890, obligé de se fatiguer, les symptômes reparaissent.

Depuis quinze jours, sans causes apparentes, douleurs précordiales, palpitations, insomnie.

Il n'a jamais les jambes enflées. Pituite le matin, cauchemar, éthylisme.

Etat actuel. — P = 72. PA = 14.

Cœur. — Pointe dans le cinquième espace intercostal, impulsion faible, premier bruit retentissant, claquement métallique au niveau du quatrième espace intercostal au bord droit du sternum, bruit doux, diastolique.

Le souffle diastolique devient plus fort lorsqu'on fait asseoir le malade. Double souffle crural très léger.

Roulement présystolique, premier bruit dur.

Poumon = Rien.

Foie = Normal.

Urine = Rien.

OBSERVATION III

Marie P..., 32 ans, lingère. Père et mère morts de tuberculose pulmonaire, deux frères et une sœur morts de même cause, une sœur bien portante.

Dès l'enfance de santé délicate. Variole à 4 ans. Réglée à 13 ans régulièrement : presque dès le début pertes blanches parfois très abondantes. A l'âge de 17 ans, première atteinte de rhumatisme articulaire aigu généralisé ayant duré 3 mois. Paraît avoir eu de l'endocardite, application de 5 vésicatoires dans la région précordiale. Se rétablit complètement, pas de gêne respiratoire. A l'âge de 20 ans seconde atteinte de rhumatisme subaigu, durée six semaines. Pendant cette seconde atteinte, vomissements de sang abondants, une cuvette à peu près. Peu après sa guérison, pour la première fois perte de connaissance subite ayant duré une dizaine de minutes. Depuis lors retour d'attaques à des époques variables, tantôt 2 à 3 par mois, tantôt à 1 ou 2 mois d'intervalle. Revenant

surtout la nuit et sans cause apparente. Perte de connaissance précédée toujours le jour d'une sensation de boule épigastrique. L'attaque se caractérise par des cris, des mouvements désordonnés écume, morsure de la langue, miction. A 23 ans, troisième atteinte de rhumatisme peu intense et de courte durée. Depuis 3 ans environ, la malade remarque que sa respiration devient courte, dyspnée accompagnant tout mouvement un peu violent. Les palpitations qui existent depuis 5 ans ont augmenté de fréquence et de force. Ne tousse pas habituellement. Commence à tousser un peu depuis 3 semaines. Depuis quelques mois œdème des malléoles le soir. Depuis le mois d'août 1890 état général bien moins bon.

Respiration difficile, faiblesse générale. L'appétit et le sommeil ont disparu depuis quelque temps.

Etat actuel. — La malade est très pâle, embonpoint normal.

Cœur. — Déborde de 2 centimètres environ le bord droit du sternum. Pointe à 3 centimètres au-dessous du mamelon et sur la ligne mammaire. Souffle doux, d'intensité peu considérable, systolique absolument apexien à propagation nette au-dessous de l'omoplate. Frémissement présystolique perçu à l'entrée de la malade disparu. On n'entend pas les signes du rétrécissement mitral. On entend un dédoublement qui est physiologique. Bruit aortique plus fort que le bruit pulmonaire.

Poumon. — Quelques râles sibilants.

Ces quatre malades sont des cardiaques, mais des cardiaques à petite lésion; et si nous voyons chez eux le phénomène de palpitation il faut l'attribuer à leur état nerveux.

Si nous passons maintenant aux modifications des gros vaisseaux nous trouverons encore, chez des malades à lésions minimales, des palpitations, mais là encore il s'agira de nerveux.

OBSERVATION IV

Diagnostic. — Neuro-arthritisme. Palpitations.

Kaiser

Dilatation de l'aorte avec aortite à son origine.
Père mort à 82 ans, maladie inconnue.
Mère morte d'une maladie de cœur 74 ans, mort brusque.
Embolie probable.
Ont été 7 enfants. Restent deux.
Une sœur morte en couches.
Un frère mort brusquement à 31 ans.
Les autres morts jeunes (maladie inconnue).
Mariée, à eu quatre enfants : grossesses normales, accouchements pénible sans accidents.
Sœur morte jeune du croup.
Un mort à 20 ans de fièvre typhoïde.
A 19 ans, angine couenneuse.
Antécédents personnels. — Rougeole à 3 ans.
Aucune autre maladie.
Assez bonne santé, en dehors faiblesse mal caractérisée des jambes.
Depuis l'enfance, oppressions, palpitations.
Céphalées, impossibilité de courir comme ses camarades.
A 17 ans fièvre typhoïde grave durée 3, mois.
Réglée à 18 ans, menstruations irrégulières douloureuses.
Leucorrhée.
A 22 ans, scarlatine de durée 2 mois, sans complications ultérieures.
Reste bien portante, en dehors de ses palpitations, et de dyspnée habituelle jusqu'à l'âge de 50 ans.
A cette époque suspension des règles. Ménopause.
Depuis adéposité.
Chagrins nombreux, perte de son mari.
Il y a 4 ans, huit jours environ après, ictère avec décoloration des fèces, urines ictériques. Durée 3 mois. Séjour à l'hôpital dans le service du professeur Peter. Depuis, tendance à avoir des coliques hépatiques débutant par douleur de l'hypocondre droit suivie de subictère conjonctival.
Apparaissent tous les mois environ aux époques de la menstruation.
Aucun trouble digestif. Faiblesse de jambe et membre supérieur gauche avec œdème.

Reste à peu près bien un an et demi.

A cette époque commence à avoir des vertiges survenant sans aucune raison, suivis de perte de connaissance.

Pendant quelque temps elle est prise de tremblement généralisé.

Il y a treize mois, perd son fils, profond chagrin.

Internée à Sainte-Anne pendant 15 jours.

Hypocondrie.

Depuis et après sortie. Vertiges plus accentués que les précédents suivis de perte de connaissance et chute de la malade, n'a pas le temps de se retenir.

Après perte de connaissance de durée quelquefois 20 minutes.

Courbature, fatigue, tremblement généralisé.

Amenée à la suite d'une perte de connaissance à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Brouardel, elle fait un séjour de deux mois, et un mois au Vésinet, sortie il y a trois mois assez bien pour reprendre son travail tout en conservant vertiges et palpitations.

Elle est toujours d'impressionnabilité excessive.

Aujourd'hui, douleur violente dans la région précordiale, palpitations, vertiges avec bouffées de chaleur à la face, perte de connaissance pour laquelle on l'a amenée à l'hôpital. Rien dans les urines P. A. 20. Cœur, Pas de souffle, deuxième bruit, dur, éclatant au niveau de la base.

Matité aortique un peu développée.

Déborde la ligne parasternale droite de 2 centimètres.

Pour ne point sortir du domaine de la circulation, étudions maintenant ce trouble dans ces modifications pathologiques du sang.

On sait avec quelle facilité surviennent les palpitations à la suite des hémorrhagies abondantes ; chez l'homme les flux hémorrhoidaires sont très considérables, chez la femme les ménorrhagies sont accompagnées de palpitations.

La cause est là une pure déperdition du liquide sanguin.

Les palpitations se montrent encore dans un état opposé caractérisé par une altération de quantité, la phlétore.

Toutes les anémies, quelle qu'en soit la cause, présentent ce symptôme à un degré plus ou moins prononcé. M. Sée dans son travail de 1875 (*France médicale*) les a rangées au point de vue qui nous occupe sous six chefs :

Les anémies par déperditions, les anémies par inanition, les anémies par épuisement nerveux ou musculaire, les anémies par aération insuffisante, les anémies diathésiques, goutte rhumatisme, tuberculose, enfin la chlorose.

Dans quelle mesure surviendront les palpitations dans ces états pathologiques.

C'est là que nous retrouvons, comme fil conducteur, cet élément étiologique d'importance capitale, *l'hérédité*.

L'hérédité doit être envisagée ici sous deux formes à cause de la nature des palpitations :

L'hérédité nerveuse dominant tout ; et l'hérédité cardiaque. Ainsi verra-t-on se plaindre de palpitations au moment de l'adolescence les jeunes gens nerveux chez lesquels on décrit une hypertrophie du cœur de croissance. Telles aussi les palpitations que l'on observe aussi bien chez l'homme que chez la femme dans cet état que Bouchut avait décrit sous le nom de nervosisme, Krishaber sous celui de névropathie rétro-cardiaque, et qui a été bien étudié récemment sous le nom de neurasthénie.

L'observation suivante que nous avons recueillie dans le service de M. Potain est un exemple entre mille des palpitations appartenant à ce groupe.

OBSERVATION V

Palpitations et neurasthène.

Mme Ch..., 36 ans. Se plaint de violentes palpitations de cœur et dit que son médecin avait trouvé au cœur un petit souffle.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et en bonne santé.

Une sœur épileptique.

Antécédents personnels. — Etant enfant une santé délicate et souvent malade, elle a eu la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde à l'âge de 11 ans.

Réglée très tardivement, règles abondantes durant huit jours, chlorose à 16 ans pour laquelle elle a fait un séjour à l'hôpital, et c'est à cette époque que la malade fait remonter ses palpitations.

Mariée à l'âge de 21 ans, elle a eu quatre enfants, couches normales. Enfants tous vivants allaités par la mère.

État actuel. — P. = 80. P. A = 17. Impulsion cardiaque faible.

Volume du cœur normal. Bruits du cœur normaux.

En l'interrogeant on trouve que la malade éprouve depuis longtemps des maux de tête (casque des neurasthéniques), une sensibilité exagérée du cuir chevelu; insomnie, on trouve l'hypérésthésie de la peau qui recouvre la colonne vertébrale.

La malade se plaint d'inappétence et de digestion difficile.

Poumon normal.

Urine, pas d'albumine.

Nous devons à l'obligeance de M. Lamy, interne des hôpitaux, une observation très complète qu'il a recueillie dans le service de son maître, M. le Dr Gingeot, à l'hôpital Saint-Antoine et qui met encore mieux en relief que la précédente; la valeur étiologique de la double hérédité nerveuse et cardiaque à cause des antécédents nets qu'il a pu relever chez son malade.

Nous la transcrivons telle qu'il nous l'a donnée avec les réflexions dont il a bien voulu la faire suivre.

OBSERVATION VI

M. J..., 33 ans, sommelier.

Père mort à 66 ans, subitement, d'un anévrysme (pas nerveux, pas buveur, d'un caractère doux) et tranquille.

Mère 59 ans souffre de rhumatismes chroniques tous les hivers, n'a jamais eu d'attaque de rhumatisme articulaire aigu à prendre le lit.

Très nerveuse, tombe dans de grandes attaques de nerfs qui durent quelquefois plusieurs heures.

Le malade l'a vue souvent tomber ; cela arrive 2 ou 3 fois par mois, surtout quand on la contrarie.

Quatre enfants. Trois seulement encore vivants. Un mort en bas-âge du croup.

Antécédents personnels. — Le malade lui-même présente le passé pathologique suivant :

Pas de convulsions dans l'enfance à sa connaissance. A l'âge de quatre ans, il marchait déjà très bien et parlait comme les autres enfants, quand tout d'un coup il tomba paralysé des quatre membres, et il perdit la parole.

On le portait, on le faisait manger. *Cela a duré un an environ.*

On lui a donné comme seul médicament de l'huile de foie de morue.

Le mouvement, la parole, sont revenus complètement.

Il a été à l'école, a appris à lire, à écrire comme les autres enfants.

A sa connaissance il n'a pas pissé au lit plus tard que les autres enfants.

A quinze ans, fièvre typhoïde grave avec rechute, il a été six mois à se remettre.

A 23 ans, blennorrhagie, chancre induré ensuite constaté par un médecin ; il siégeait sur la glande, syphilide cutanée, plaques muqueuses, ensuite céphalées nocturnes, traité par le mercure

pendant deux mois, plus tard sirop de Gibert pendant 15 jours.

En 1886 (24 ans), attaque de rhumatisme articulaire aigu qui l'a tenu au lit pendant trois mois.

Soigné chez lui, le médecin n'aurait pas constaté de complications cardiaques.

En 1889, il éprouve des palpitations pour la première fois ; il entre à Saint-Antoine, soigné salle Axensfeld par M. Gingeot, on lui donna de la digitale. Il avait la jambe gauche seule enflée et douloureuse (peut-être phlébite ?).

Depuis 1889 il ressent souvent des palpitations à la moindre occasion, quand il monte les escaliers, quand il est ému, quand il fume.

Le malade est aussi très émotif.

Pour la moindre contrariété, il éprouve de l'angoisse, des troubles de la vue (il voit comme de la neige tomber) et il se sent défaillir. Il est obligé de s'asseoir sans quoi il tomberait ; et il est ensuite brisé dans tous ses membres. Les palpitations se produisent souvent dans ces conditions.

Parfois la nuit il se réveille en proie à une terreur dont il ne saurait définir la cause ; le sang lui monte à la tête, son corps se couvre de sueurs, et il sent son cœur battre avec violence, et parfois il est obligé de s'asseoir dans son lit, cela dure 7 à 8 minutes. Il n'éprouve pas de douleurs dans la région précordiale, ni d'irradiations douloureuses dans le bras gauche.

Pas d'agorophobie, mais un certain degré de claustrophobie : il a peur de coucher dans une chambre seul.

Etat actuel. — Malade de petite taille, mais bien développé, bien musclé, porte à peine 20 ans, bien qu'il en ait 30 passés, très intelligent, mémoire très précise. Pas d'atrophie musculaire.

Pas de trouble de sensibilité.

Dans la paume de la main gauche, syphilide circonscrite extrêmement nette.

Examen du cœur. — Pas d'hypertrophie ; la pointe bat dans le cinquième espace légèrement en dedans du mamelon, pas de frémissement.

Le pouls est bon, régulier, bien frappé, et bat 80 fois par minute. Auscultation. On entend un bruit présystolique assez

bref qui figure un dédoublement du premier temps, un véritable bruit de galop, ce bruit est sourd, assez bref et précède immédiatement la systole. On l'entend dans toute la région précordiale, aussi bien à la pointe qu'à la base ; mais à la pointe seulement il se rapproche du roulement présystolique du rétrécissement mitral.

Pas de bruit diastolique, pas de dédoublement du deuxième temps (le bruit présystolique n'est pas modifié par la respiration du malade). Pas de lésions pulmonaires.

Pas d'albuminurie.

Les fonctions digestives se font normalement.

CONCLUSIONS.

La lésion mitrale, si elle existe, est minime, on peut même la mettre en doute.

Le malade ne présente pas le signe le plus important du rétrécissement mitral, à savoir le dédoublement du deuxième temps.

D'ailleurs le premier temps est bien frappé, le pouls est bon, et la compensation est parfaite.

L'on a donné de la digitale au malade en 1889.

C'est peut-être pour des palpitations seulement, car l'œdème qu'il présentait était unilatéral et douloureux.

C'était probablement une phlébite.

Le malade est un névropathe, un neurasthénique.

Il est nerveux par ses antécédents héréditaires (mère à grandes crises d'hystérie) personnels ; paralysie infantile probable vers l'âge de 4 ans, guéri sans laisser de traces.

Vertiges avec obnubilation de la vue, crises d'angoisses nocturnes).

Ses palpitations sont bien des palpitations nerveuses, elles accompagnent, soit les vertiges émotionnels dont il est question dans l'observation, soit les crises d'angoisse ou de terreur nocturne, et elles se produisent en dehors de tout accident imputable à une asystolie causée par sa lésion mitrale.

Le syndrome éprouvé par le malade peut être rapproché de ce

que M. Brissaud a décrit sous le nom *d'angor simplex* chez les neurasthéniques, agorophobiques, etc.

A côté des palpitations neurasthéniques trouvent leur place naturelle les palpitations des hystériques.

Et bien que l'observation que nous donnons de ce chef ait trait à une femme de 24 ans nous devons noter, qu'ainsi que l'ont fait remarquer différents auteurs, les palpitations sont plus fréquentes chez les hystériques hommes que chez les femmes.

Palpitations chez une femme anémique et hystérique.

OBSERVATION VII

Salle Piorry, n° 19.

A... H..., 24 ans, cuisinière. Entrée le 28 novembre 1891.

Diagnostic. — Anémie, hystérie.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant.

Mère morte de tuberculose pulmonaire, six frères et sœurs tous bien portants.

Antécédents personnels. — A été malade pendant toute son enfance, anémie accentuée à l'âge de 15 ans; essoufflement l'empêchant de courir; céphalalgies fréquentes, émotivité facile.

A l'âge de 11 ans, elle tombe à l'eau au mois de janvier, reste assez longtemps dans l'eau froide. Cinq jours après chorée qui dure six semaines environ. Jamais de rhumatisme. Réglée à 15 ans, irrégulièrement, retardant de deux à trois mois, quantité minime. Jusqu'en 1889, malaises continuels; céphalalgie, troubles digestifs, palpitations de temps à autre, œdème des membres inférieurs.

En janvier 1889, début soudain de douleurs excessivement violentes localisées surtout au côté gauche de l'abdomen, accompagnées de vomissements, mictions impossibles; elle entre dans le service de M. Dieulafoy.

On avait trouvé, au dire de la malade, des calculs dans les urines qui contenaient de l'albumine.

Elle sort après un séjour de quatre mois guérie.

Les symptômes sus-indiqués n'ont jamais reparu.

Quinze jours environ après sa sortie de l'hôpital et à la suite de grands ennuis, la malade a une attaque de nerfs.

Pour la première fois, chute, perte de connaissance complète, mouvements convulsifs, cris.

Répétition de ces attaques deux à trois fois par semaine, puis peu après elles deviennent moins fréquentes et moins longues.

L'oppression, les palpitations sont continuelles, la gastralgie persiste.

Depuis six semaines tous ces symptômes augmentent, vomissements alimentaires, état nerveux, insomnie, cauchemars.

Etat actuel. — Pouls 76 régulier petit. P. A. 16.

Cœur — Souffle mésosystolique doux, dans la région moyenne.

Souffle extra-cardiaque, cavités droites un peu distendues.

Souffle jugulaire continu avec renforcement.

Poumon. — Rien.

Hémianalgésie et hémianesthésie du côté gauche, champ visuel rétréci.

Perte de l'odorat. Anesthésie de la muqueuse de l'isthme du gosier. Douleurs assez violentes sur le trajet de l'uretère gauche.

A la pression on constate un point hystérogène sur le trajet uréthral gauche.

OBSERVATION VIII

Adhérence péricardique hystérie.

D..., âgé de 27 ans, chaudronnier. Père mort à 55 ans, avec de la bronchite et de l'anasarque. Mère bien portante, un frère mort de tuberculose pulmonaire, deux frères bien portants. Excellente santé pendant sa jeunesse. Reste comme soldat au Tonkin pendant les années 1883, 1884, 1885. Santé excellente, pas de fièvre. Pendant le voyage de retour en 1886 contracte la dyssentérie qui dure deux mois à un degré assez léger. En 1887, première atteinte de rhumatisme aigu généralisé qui a duré

trois mois environ. On applique deux vésicatoires dans la région précordiale. Peu après il se plaint d'une douleur lancinante dans la région du cœur pendant les grandes inspirations. Puis cinq à six mois après la guérison apparition de palpitations et d'un peu d'essoufflements pendant la marche. Depuis une quinzaine, sans cause apparente, vertige, dyspnée, palpitations plus intenses l'empêchant de travailler, Digestion bonne, appétit conservé.

Etat actuel. — P. = 56, régulier. P. A. 15 (faible).

Cœur. — Impulsion de la pointe de cœur nulle; le déplacement du cœur est très minime, choc diastolique, hypertrophie légère du cœur. Le cœur est complètement recouvert par le poumon qui est emphysémateux. Souffle présystolique absolument apexien, très doux, superficiel, ne se propageant pas dans l'aisselle et diminuant d'intensité lorsqu'on fait asseoir le malade (souffle extra-cardiaque). Le malade a la teinte anémique. Souffle continu dans les jugulaires droites. Sensibilité tactile diminuée du côté gauche. Un peu d'analgsie du même côté. Acuité visuelle égale des deux côtés. Rétrécissement du champ visuel des deux côtés, mais surtout à gauche. Diminution d'acuité auditive à gauche.

OBSERVATION IX

M. L..., 28 ans, menuisier. Père mort d'anévrysme aortique alcoolique. Mère bien portante, trois sœurs bien portantes. A l'âge de 16 ans première attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé qui a duré environ 10 mois. Se rétablit parfaitement..

En 1883 fait son service militaire, c'est à cette époque qu'il commence à éprouver des palpitations accompagnées d'anhélation lorsqu'il montait ou marchait vite. Termine son année sans trop de peine néanmoins. En 1885, nouvelle atteinte de rhumatisme subaigu, qui occupe toutes les articulations, et dure 3 mois. En 1886, les palpitations diminuent, mais il se plaint d'une douleur vive précordiale presque constante, d'insomnies, de cauchemars, émotivité extrême, nervosisme très accentué de temps à autre, il constate de l'œdème localisé aux pieds. Pendant l'année 1887 amélioration générale jusqu'en 1889. Depuis 2 ans, se

plaint d'un état d'énervement accentué. La douleur précordiale persiste, les palpitations sont devenues plus gênantes. En octobre 1891 l'état de malaise général s'accroît. Les insomnies reprennent, cauchemars, peurs sans motifs, palpitations, douleur précordiale. Il est appelé à faire ses 28 jours ; mais on le réforme pour une hypertrophie du cœur. On ne trouve pas à noter des habitudes d'éthylisme. Il est colérique, emporté. Pas de troubles digestifs.

Etat actuel. — 70 pulsations. PA — 14.

Cœur. — Bruits du cœur normaux bien frappés, volume normal. Douleur précordiale s'étend au flanc gauche surtout pendant la digestion. Pointe du cœur libre.

Poumon. — Normal.

Ce malade, pour n'avoir pas de stigmates hystériques, n'en est pas moins un nerveux, et ses palpitations trouvent dans cet état leur cause.

Il existe encore des palpitations chez les hypocondriaques ; là encore, deux étiologies distinctes :

Hypocondrie vraie, trouble nerveux et l'hypocondrie cardiaque, la cardiomanie.

C'est à cette espèce que, d'après Bouillaud, on doit rapporter les palpitations si communes chez les étudiants en médecine qu'à Edimbourg elles avaient reçu la dénomination de maladie du cœur des étudiants.

Nous ne ferons que mentionner les palpitations causées par les affections vives de l'âme.

Certaines intoxications donnent lieu, chez des sujets nerveux prédisposés, à des palpitations très violentes.

Une de celles dont l'action est la plus manifeste c'est l'intoxication par l'usage du thé.

Les palpitations de cette nature se rencontrent plus fréquemment en Angleterre qu'en France.

Aussi est-ce dans les auteurs anglais qu'il faut aller en chercher les observations.

Tel est le cas, signalé par Stokes, de cet homme atteint de palpitations violentes que rien ne pouvait expliquer.

En étudiant avec le plus grand soin son genre de vie on apprit qu'il faisait un usage immodéré du thé.

Il cite encore l'observation dramatique qu'il emprunte au Dr Harvey de ce confrère qui vient chez lui en proie à une vive terreur et qui aux questions posées fait cette réponse : « Je viens vous prier de me laisser entrer, et de me permettre de mourir chez vous. »

L'examen attentif prouva que cet état de surexcitation cérébrale et cardiaque était dû à l'usage abusif du thé. M. le professeur Potain dans sa clinique que nous avons déjà mentionnée, rapporte un cas analogue de sa pratique. J'ai vu, dit-il, un confrère qui avait des palpitations fréquentes, énergiques, intersec, presque continues et qui avaient fait croire à une affection cardiaque.

C'est à ce point que le jour où je le vis, ajoute-t-il, il venait me demander qu'une chose : combien il lui restait à vivre, je l'auscultai ; ne trouvant pas de lésions cardiaques, capables d'expliquer les symptômes dont se plaignait le malade, je songai à des palpitations indépendantes d'une lésion organique et je cherchai dans l'histoire du malade si je ne rencontrerais pas une circonstance capable de les expliquer.

Je cherchai si je ne trouverais pas l'explication dans l'hygiène suivie par le malade.

C'est alors que j'appris qu'il faisait habituellement un usage excessif du thé.

Le thé fut supprimé et la maladie du cœur disparut. A côté du thé il faut signaler le tabac dont l'action se fait plus souvent sentir ; de même le café, l'alcool. Chez certains individus les palpitations surviennent après tel aliment ou telle boisson.

Stokes, dans le groupe des médicaments, cite encore l'élebrore et le sulfate de quinine.

Dans tous ces cas, l'impressionnabilité du système nerveux est mise en jeu.

Sont très impressionnables, les individus porteurs de goitre exophtalmique chez qui les palpitations avec toutes leurs modalités sont la règle ; ainsi les choréiques.

Nous terminerons la liste déjà bien longue des causes des palpitations purement nerveuses, par l'observation suivante où l'hypéresthésie de la région précordiale semble jouer un rôle prépondérant.

OBSERVATION X

P., 24 ans, employé.

Antécédents héréditaires. — Père mort de maladie inconnue.

Mère bien portante, très nerveuse, très irritable, se met facilement en colère.

Antécédents personnels. — Depuis l'âge de 12 ans éprouve des palpitations qui l'empêchaient de prendre part aux jeux de ses camarades.

A l'âge de 20 ans : une angine qui fut très intense peut-être (scarlatine).

Ajourné trois fois pour le service militaire, reçu en 1891, mais aussitôt réformé pour une maladie de cœur.

Il se présente à l'hôpital, en se plaignant de palpitations, qui ont surtout augmenté d'intensité depuis trois semaines.

Le malade sent, continuellement, battre son cœur, mais ces battements deviennent surtout pénibles au moindre effort.

Etat actuel. — Le cœur n'est pas volumineux.

L'impulsion n'est pas forte, le nombre des pulsations n'est pas augmenté.

A l'auscultation on entend un souffle extracardiaque, qui siège en haut et en dedans de la pointe à timbre doux, il est mésosystolique. En outre, on entend dans le petit silence un bruit de claquement qui est vraisemblablement dû à des adhérences péri-cardiques très lâches. Ce n'est certainement pas à cette petite lésion à laquelle il faut attribuer les palpitations, mais à une hypérésie de toute la région précordiale et à un état nerveux héréditaire.

Le repos et l'application des pointes de feu dans la région endolorie soulagent le malade. Pas d'albumine.

Tous les faits que nous venons de mentionner ressortissent, les uns de la pathologie cardiaque, les autres de la pathologie nerveuse; il en est d'autres dans lesquels le même symptôme semble sous la dépendance d'une affection d'un organe plus ou moins éloigné du cœur.

Ces faits constituent un second groupe des palpitations vraies, les palpitations sympathiques ou réflexes.

Parmi les plus fréquentes, les plus nombreuses sont celles qui reconnaissent comme causes, les troubles de l'appareil digestif ou de ses annexes.

Il suffit chez certains individus d'un aliment mal digéré pour provoquer comme accident exclusif des palpitations.

C'est ainsi qu'il y a des gens chez lesquels certaines boissons, le vin par exemple, déterminent des palpitations très pénibles. Chez ces malades il suffit de supprimer l'usage du vin pour supprimer en même temps les palpitations sans espoir de retour. Si l'absorption d'aliments usuels, donne naissance aux palpitations, nous n'aurons pas lieu d'être étonnés de les voir chez des malades atteints de légers

catarrhes gastriques, chez les dilatés et dans toutes ces variétés de dyspepsie. Chomel rapporte le cas d'une dyspepsie qui ne se révélait que par des palpitations très violentes apparaissant pendant le travail de la digestion.

Toute excitation intestinale sera susceptible de produire des palpitations, telles : l'excitation causée par la présence dévers. La distension du gros intestin, l'enteroptose, s'accompagne aussi de palpitations.

Signalons enfin les troubles gastro-intestinaux dus aux intoxications et aux auto-intoxications.

Les palpitations peuvent encore être éveillées par les maladies du foie, ainsi que Stokes le signale, M. le professeur Potain rapporte l'histoire d'une malade qu'il observait en 1884 et chez laquelle de violentes palpitations accompagnées de refroidissement des extrémités, et se manifestant par crise étaient une manifestation hépatique, une véritable colique hépatique.

Le retentissement des lésions biliaires sur le cœur droit est un fait qui a été mis en lumière par M. Potain. On voit la cholécystite, l'angiocholite, avec dilatation du cœur droit présenter comme symptôme concomitant des palpitations.

Les cirrhoses avec ascite ne donnent pas lieu au même phénomène.

Il est, du reste, d'observation journalière, de voir des malades avec développement abdominal considérable n'être point sujets aux palpitations.

Il semble que les sujets soumis à une distension de l'abdomen par un liquide quelconque restent indemnes, et l'on peut voir des femmes enceintes, ou des malades, avec gros kyste de l'ovaire éprouver des troubles dyspnéiques par con-

pression au même titre que les ascitiques, sans souffrir de palpitations.

Les malades atteints d'affections pulmonaires ne sont point exempts de ce symptôme pénible, on l'observe chez les tuberculeux au premier degré; et parfois il persiste pendant une longue période de l'évolution ou bien revient par intermittences à la suite d'une cause occasionnelle quelconque.

OBSERVATION XI

Tuberculeux neurasthénique.

L..., âgé de 30 ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 27 ans cause inconnue.

Mère (?)

Un frère et une sœur vivants.

Deux frères morts de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Bonne santé antérieure. Depuis trois ans rhumes fréquents pendant l'hiver. Depuis ce printemps dernière augmentation notable de la toux, accompagnée d'expectorations abondantes, jamais d'hémoptysie, amaigrissement.

Pendant l'été amélioration.

Il y a un mois environ, perte de l'appétit et des forces, la toux devient plus fréquente, expectoration épaisse, amaigrissement. Depuis quelques jours sueurs nocturnes.

Le malade se plaint surtout de palpitations qui deviennent très pénibles et qui troublent le sommeil.

Etat actuel. — P. 92. P. A. 10.

Volume du cœur normal; impulsion faible, premier bruit fortement frappé.

Bruits du cœur normaux.

Poumon. — Submatité sous-claviculaire des deux côtés plus accentué à gauche.

En avant :

Respiration faible, râles sous-crépitaux à gauche; à droite respiration rude, craquements, quelques râles sous-crépitaux.

En arrière :

Sonorité très diminuée dans toute l'étendue; matité dans les deux fosses sous-épineuses, à la partie supérieure gauche, respiration rude, expiration prolongée.

Quelques rhonchus dans le reste de la poitrine.

Foie normal.

Un peu d'albumine dans les urines qui sont abondantes 9, litres, incolores, pas de sucre.

Légère analgésie générale, quelques points hyperesthésiques.

Réflexe pharyngien aboli.

Acuité visuelle diminuée à gauche.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Légère diminution auditive à gauche.

OBSERVATION XII

Palpitations chez tuberculeux.

Mme P..., âgée de 28 ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants: trois frères et cinq sœurs tous bien portants.

Antécédents personnels. — Enfance débile, palpitations fréquentes, crachements de sang répétés. Rhumes et toux fréquentes presque continuelle. Depuis 8 jours, toux plus fréquente, expectoration abondante.

Battements de cœur très forts et surtout la nuit.

La malade dit être obligée de se coucher sur le côté gauche pour maintenir son cœur.

Etat actuel. — P. 92, P. A. = 15. Impulsion plutôt faible.

Pas de lésions organiques au cœur. Matité dépasse le bord

droit du sternum de 1 centimètre. Pointe déjetée en dehors.

Bruits normaux.

Poumon. — En avant et à gauche, sonorité exagérée.

En arrière submatité dans la fosse sus-épineuse, respiration soufflante rude; dans certaines portions du poumon quelques râles.

Congestion et induration du sommet droit; sous la clavicule droite un peu de skodisme, à ce niveau respiration sèche et rude.

Doigts en massues.

OBSERVATION XIII

M^{me} P..., 25 ans, blanchisseuse. Père et mère morts de causes inconnues; deux frères morts en bas-âge; un frère mort de tuberculose pulmonaire; un frère tousseur. Elle a eu deux enfants, un est mort de méningite à six mois.

Bonne santé pendant son enfance. Réglée à 14 ans irrégulièrement. Pertes blanches abondantes; après sa première couche. En 1888 contracte la fièvre typhoïde; c'est après cette maladie qu'elle commence à tousser, hypertrophie ganglionnaire cervicale; six mois après premiers crachats striés de sang. En juin 1890 seconde grossesse, la toux et l'expectoration augmentent. Amélioration après l'accouchement, veut allaiter, mais elle ressent une grande faiblesse qui la force de cesser. Il y a huit mois vomissement de sang abondant; toux plus fréquente, expectoration abondante, amaigrissement, anorexie, transpiration nocturne; constipation habituelle. Palpitations très fortes sans cause appréciable, même la nuit, la malade est souvent réveillée par les palpitations.

Etat actuel. — Cœur: volume normal, l'impulsion de la pointe n'est pas forte, bruits bien frappés, pas de souffle. Douleur dans la région précordiale.

Poumon à gauche et en arrière fosse sus-épineuse, matités, souffle, craquements humides en avant: diminution de sonorité avec tonalité élevée, respiration prolongée.

Le 6 janvier 1892, la malade se plaint d'une douleur précordiale plus intense et d'une exagération des battements du cœur.

A l'examen on constate que l'impulsion du cœur n'est pas plus

forte, mais à l'auscultation on trouve les signes d'une pleurite. Les révulsifs font disparaître ces phénomènes pénibles.

OBSERVATION XIV

A. H..., 73 ans, reporter.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 60 ans d'une maladie de poitrine.

Mère morte de cause inconnue.

Antécédents personnels. — Pendant son enfance, jusqu'à l'âge de 10 ans, le malade a eu des bronchites fréquentes. Il a gardé une bronchite chronique, jusqu'à l'âge de 30 ans.

Il a été exempté du service militaire pour cette maladie.

Il toussait beaucoup, avait des crachats blancs jaunâtres, quelquefois striés de sang ; jamais hémoptysie abondante ; il transpirait rarement ; malgré sa bronchite, il avait assez de forces pour continuer sa profession.

A l'âge de 30 ans, il est pris de palpitations violentes régulièrement trois quarts d'heure après les repas, elles durèrent une à deux heures et se calmèrent pour revenir après le repas suivant.

Il y a 7 ans que ces symptômes persistent avec de petits intervalles d'accalmie.

Les premiers jours de septembre le malade éprouve subitement une douleur accompagnée de sensation d'étouffement au sein gauche, se propageant vers la colonne vertébrale en arrière, et vers le sein droit en avant. On trouve un point particulièrement douloureux sous l'angle inférieur, cette douleur revient 4 à 5 fois par jour ordinairement quatre heures après l'ingestion des aliments.

C'est principalement pour cette douleur que le malade entre à l'hôpital.

L'appétit est bon, les digestions difficiles, mais sans souffrances, oppression après le repas, pas de vomissement, garde-robes régulières.

Etat actuel. — P. 70. P. A. 16.

Cœur. — Volume normal ; mais immédiatement après le repas

on trouve une dilatation du cœur droit, qui dépasse de un centimètre le bord droit du sternum.

Impulsion faible.

Bruits du cœur normaux.

Hypéresthésie de toute la paroi thoracique.

Dans cette dernière observation nous notons de nouveau cette particularité : que, ce malade tuberculeux depuis longtemps, qui a des voies digestives en mauvais état, voit les palpitations survenir après le repas, il présente de plus une dilatation temporaire du cœur droit, à une hypéresthésie de la région précordiale que nous avons déjà signalée dans un aliéné précédent.

Chez la femme, l'établissement de la menstruation et la ménopause s'accomplissent parfois avec des palpitations.

Quant à la grossesse elle évolue sans palpitations car ainsi que nous l'avons dit : la distension abdominale produite par le développement du fœtus n'amène point ce symptôme fâcheux.

Cependant lorsque la grossesse entraîne avec elle des troubles digestifs, on peut voir survenir des palpitations sympathiques de l'état des voies digestives.

Tel est le cas de la femme dont nous avons recueilli l'observation.

OBSERVATION XV

M^{me} K..., 27 ans, toujours bien portante, depuis 5 à 6 mois éprouve des palpitations et en même temps elle accuse une douleur excessivement intense qu'elle localise à la région précordiale d'où cette douleur s'irradie, dans l'épaule, le bras, la main ; elle éprouve également des irradiations vers la tête et c'est derrière l'oreille gauche que la douleur est très intense.

Cette douleur survient peu de temps après le repas. La malade souffre à un tel point qu'elle reste 24 heures sans manger.

Une fois remise l'appétit revient, la malade mange, et après le repas la douleur revient, de sorte que ces attaques ont pris le caractère intermittent.

Etat actuel. — Impulsion faible, pouls régulier, cœur droit, dilaté, cœur gauche normal. Pas de bruits normaux.

Estomac dilaté. Utérus gravide, fœtus vivant. Dernières règles il y a 7 mois: auparavant toujours bien réglée.

Dans l'ordre pathologique les troubles utéro-ovariens souvent légers provoquent des palpitations dont la gravité domine la lésion locale qui leur a donné naissance.

Il n'est pas jusqu'aux traumatismes des nerfs, le nerf du plexus brachial principalement, qui ne puissent produire le même résultat.

Que ces accidents se produisent à la suite de plaie de l'épaule, de luxation, d'amputation, et après amputation, l'irritation du moignon peut encore déterminer de violentes palpitations.

Enfin, bien qu'ainsi que le fait observer M. Huchard, les affections du système nerveux central de l'encéphale et de la moëlle donnent rarement lieu à des palpitations, nous avons recueilli l'observation suivante dans laquelle la malade impressionnable et nerveuse, il est vrai, est atteinte d'ataxie locomotrice.

OBSERVATION XVI

Palpitations.

Madame P..., âgée de 38 ans, venue à la consultation externe, en se plaignant de palpitations très fortes, intolérables, d'essoufflement, et d'une difficulté de marcher, qu'elle attribue volontiers à une grave maladie du cœur.

Antécédents héréditaires. — Père vivant et bien portant.

Mère morte de maladie du cœur.

Antécédents personnels. — Ne se souvient pas d'avoir fait de maladie pendant son enfance.

Etant jeune fille, elle dit avoir été très impressionnable, pleurant facilement.

Réglée pour la première fois à 15 ans et depuis ses époques sont régulières.

Elle est mariée ; pas d'enfant ; mais deux fausses-couches. La dernière fausse-couche remonte à un an. Depuis sa santé se serait ébranlée.

Elle éprouva d'abord des douleurs dans le bas-ventre, elle perd continuellement en blanc.

Elle a subi différents traitements, mais sans succès.

Etat actuel. — P. = 70. P. A. = 16. Impulsion du cœur normale.

Bruits normaux et bien frappés.

On trouve une sensibilité exagérée le long de la cinquième côte en appuyant légèrement au niveau du sternum ; la malade pousse un cri qui est suivi de sanglots ; au second point tout aussi douloureux au niveau de la cinquième vertèbre dorsale.

Le réflexe prérotulien est aboli.

Le signe de Romberg existe.

Le champ visuel est rétréci, les pupilles inégales.

La sensibilité est inégalement répartie.

La sensibilité à la plante des pieds est complètement abolie.

Les digestions sont difficiles.

Il y a retard dans l'émission des urines.

On propose à la malade de rester à l'hôpital, à quoi elle ne consent pas.

SYMPTOMES

Les palpitations à proprement parler n'ont pas de symptômes ; mais elles s'accompagnent communément de différents phénomènes subjectifs et objectifs, et c'est l'étude de ces phénomènes groupés autour de la palpitation elle-même que nous esquisserons dans ce chapitre.

Les palpitations s'annoncent en général par une augmentation de la force des contractions cardiaques dont le malade a conscience.

Il s'ensuit une sensation pénible. Mais cette douleur revêt bien des modalités ; parfois le malade perçoit un véritable choc avec tension exagérée ; il dit que son cœur bat à rompre la poitrine ; d'autres fois c'est une sorte de torsion, de pincement qu'il ressent.

Il faut ajouter que l'intensité de la douleur varie suivant le malade lui-même. Plus le malade est nerveux et impressionnable plus la douleur sera vive.

Il n'est point jusqu'à la cause qui influe sur le symptôme subjectif ; les palpitations nerveuses et sympathiques sont plus incommodes que les palpitations symptomatiques d'une lésion cardiaque.

Nous devons ajouter que la douleur n'est pas toujours en rapport avec la violence réelle du choc cardiaque ; il peut sembler au malade que son cœur bat avec force, et cependant la main appliquée au niveau de la région précordiale

trouve que le choc n'est pas plus violent qu'à l'ordinaire ; il l'est même quelquefois moins.

Les phénomènes subjectifs de la palpitation ne se bornent pas exclusivement à cette sensation pénible due aux battements plus ou moins forts du cœur : il existe surtout dans les palpitations nerveuses tout un ordre de phénomènes surajoutés qui viennent compliquer le premier, et donner au malade un aspect spécial. Un sentiment d'agitation intérieure et surtout dans la tête et dans l'abdomen est inséparable de cet état qui ne diffère de la fièvre qu'en ce qu'il n'est pas précédé de frissons ni suivi de sueurs, et que la chaleur de la peau reste naturelle (Laënnec). Le malade éprouve un malaise plus ou moins considérable consistant en une sensation d'étouffement, de resserrement de la poitrine ou de la gorge, un sentiment d'oppression et d'angoisse indéfinissable qui peut aller jusqu'à la syncope.

C'est cette anxiété, que M. le Dr Brissaud a bien fait ressortir dans un travail récent (1), et qui existe portée à son plus haut degré dans l'observation VII.

Chez certains neurasthéniques, non seulement les battements du cœur ne sont pas plus fortement frappés que d'ordinaire, ni même fortement sentis, mais au contraire les malades ont un angor tout à fait spécial parce qu'ils ne sentent pas battre leur cœur.

Tel est le cas de la malade dont nous rapportons l'observation.

OBSERVATION XVII

M^{me} C..., 40 ans, cuisinière, vint au mois de juillet 1891 à la consultation externe de la Charité pour des palpitations qu'elle

1. E. Brissaud, *In Revue médicale*, 1890.

éprouve déjà depuis 18 mois. Père et mère encore vivants et bien portants. Etant enfant elle jouissait d'une bonne santé. Réglée à 13 ans et régulièrement depuis. Elle a eu trois enfants, dont deux sont morts en bas-âge et le troisième mort à 21 ans de tuberculose pulmonaire. Son mari mort de la même cause. Elle n'a pas fait de grandes maladies. Sujette à s'enrhumer facilement. En 1890, elle contracta la grippe qui dura plus de trois mois ; depuis elle n'a pas recouvré sa santé, et c'est à cette époque qu'elle fait remonter les palpitations dont elle se plaint très vivement. Elle est maigre, se plaint d'inappétence, de digestion difficile, de pituites le matin, d'insomnie et de cauchemars, on constate du tremblement de la langue et des mains.

Etat actuel. — Poumon : En avant et à gauche sous la clavicule skodisme, respiration saccadée. En arrière dans la fosse sus-épineuse gauche de la submatité, de la résistance au doigt, la respiration prolongée du retentissement de la voix ; les vibrations thoraciques sont exagérées du côté gauche. A droite, rien d'anormal à noter.

Cœur. — Volume normal, l'impulsion de la pointe plutôt faible que forte, 70 pulsations, bruits du cœur normaux.

Foie dépasse de deux centimètres les fausses côtes.

La malade revient régulièrement à la consultation où elle est soignée par M. le professeur Potain.

Son état général s'améliore beaucoup. L'état du sommet gauche reste stationnaire.

Au mois de décembre 1891, la malade revint à la consultation, désespérée, en disant que depuis deux semaines elle ne sentait plus battre son cœur, et qu'il lui manquait certainement quelque chose. En outre, elle raconte qu'il lui arrive souvent de se réveiller la nuit avec une angoisse très pénible, son front se couvre de sueur froide, elle est obligée de se lever et de s'asseoir dans un fauteuil. Cet état pénible dure quelques minutes après quoi tout se calme et son cœur recommence à battre.

C'est à ce sentiment d'intermittence ou de cessation que M. le professeur Potain donne le nom de fausses palpitations et qui sont toujours d'origine nerveuse, comme c'est le cas chez notre malade qui est une éthylique. Elle avoue très franchement des habitudes alcooliques.

Dans ces cas, l'angoisse est le phénomène prépondérant. Racle, dans son article *Palpitations* s'exprime de la façon suivante (1) : Les *palpitations*, dit-il, s'accompagnent d'une sensation ingrate ou d'un pincement passager du cœur, de battement dans la gorge, d'une sorte d'étranglement ; les malades sont obligés de s'asseoir, la voix s'altère, les syncopes surviennent. Quelques malades assurent que le sang ne pénètre plus dans les vaisseaux des membres.

Nous en avons vu un chez lequel le fait devait être réel : en effet, pendant les accès de palpitations, il n'y avait pas de pouls dans les principales artères, et la mort survint par gangrène des jambes.

Pendant la nuit, les palpitations donnent lieu à des cauchemars dont les sujets sont presque toujours en rapport avec les sensations pénibles éprouvées par les malades. Aussi exercent-elles sur le tour des idées et sur le caractère une puissante influence ; elles déterminent à un haut degré de la tristesse, des préoccupations sombres pour l'avenir ; elles disposent, en un mot, à toutes les formes d'hypochondrie, et on les a vu conduire au suicide.

Passons aux phénomènes objectifs. Le médecin découvrant la région précordiale parfois constate que la pointe du cœur vient frapper avec force contre la paroi costale, et appliquant la main sur cette région constate l'existence d'un choc plus ou moins violent. Ce choc est très variable, il peut ne pas exister du tout, et il est remarquable qu'il n'existe point de rapport entre la douleur ressentie par le malade et les

1. *Traité du diagnostic médical*, par V. Racle, revu par Piernet et Straus.

signes reconnaissables à la vue et à la palpation par le médecin.

Par la percussion on limite la matité cardiaque, qui tantôt est la même qu'à l'état normal, tantôt plus étendue. Chez les malades atteints de maladies organiques du cœur qui souffrent de palpitations, le volume du cœur subit des modifications qui sont en rapport avec la lésion cardiaque et non avec les palpitations.

Chez les malades atteints de palpitations nerveuses le volume du cœur ne change pas au moment des accès. Il n'en est pas de même chez les malades souffrants de palpitations sympathiques ; c'est plus particulièrement dans les affections des voies digestives et de leurs annexes qu'on observe ces variations de volume. De nombreux travaux ont été inspirés par M. le professeur Potain sur la dilatation du cœur dans ces affections et dans les observations publiées dans ces différents travaux sont souvent signalées des palpitations. On n'entendait point conclure sans doute que les palpitations sont la cause efficiente de cette dilatation droite du cœur, mais seulement que l'on rencontre fréquemment en clinique le syndrome suivant : palpitation, trouble gastro-intestinal ou hépatique et dilatation du cœur droit.

L'auscultation révèle toutes les modifications que nous avons signalées dans la définition : force, fréquence, irrégularité, intermittence dans les battements cardiaques se rencontrent tantôt isolées, tantôt associées. Parfois les battements se rapprochent beaucoup de la normale.

Dans les lésions organiques on entend les bruits surajoutés propres à chacune des lésions, pendant les accès ce

bruits peuvent être moins distincts comme dans notre première observation.

Dans les palpitations sympathiques, il n'est point rare de distinguer un souffle mésosystolique doux dans le troisième espace intercostal, ce bruit extra-cardiaque varie d'intensité et peut s'atténuer dans les intervalles des accès, les bruits surajoutés sont plus exceptionnels dans les palpitations nerveuses.

Le pouls présente les mêmes troubles que la circulation centrale. Comme les battements du cœur, il peut conserver la plus parfaite régularité.

La tension artérielle mentionnée dans nos observations oscille entre 15 et 20.

Les palpitations sont rarement continues ; elles se présentent le plus ordinairement sous forme d'accès qui peuvent se produire plusieurs fois dans une journée ou à des intervalles plus éloignés. Ces accès durent quelques minutes, un quart d'heure et même plus longtemps. Elles peuvent apparaître à la suite d'une cause occasionnelle, quelquefois naissent sans cause appréciable.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le diagnostic des palpitations s'impose de lui-même. Quand un malade vient se plaindre de palpitations la description des phénomènes douloureux qu'il ressent, l'examen attentif du cœur et de l'état du pouls donnent déjà des renseignements importants sur la nature de ces palpitations, mais on ne devra pas se contenter de l'étude du symptôme, il faudra remonter à la cause, car de cette notion dépend le pronostic et le traitement. Le pronostic concernant la vie du malade est bénin. Chez les cardiaques la lésion organique évolue indépendamment des palpitations chez les nerveux, le retour des accès peut être plus ou moins fréquent suivant la nature de la névrosé, suivant le traitement qui sera institué. Les cas de mort analogue à celui que cite Racle sont exceptionnels. Stokes dans son livre rapporte encore une observation sous la rubrique suivante : « Palpitations ayant duré depuis longtemps, syncopes subites, revenant de temps à autre, mort subite avec symptômes apoplectiques, dépôt considérable de graisse dans le cœur. » La cause de la mort est là une affection organique. On a pu parfois aussi à cause de relations qui existent entre l'angine de poitrine et les palpitations rapporter des cas de mort par palpitation, lorsque l'angine de poitrine était seule en cause. Quant aux palpitations sympathiques elles restent avec l'affection causale.

Au point de vue pronostic se pose une autre question : l'in-

fluence des palpitations nerveuses sur l'hypertrophie du cœur. L'observation semble prouver que ces dernières ne peuvent créer l'hypertrophie. Lorsqu'un malade, dont le cœur est absolument sain souffre de palpitations, quelque fréquent que soit le retour des accès, quelque intensité qu'elles puissent présenter, le cœur reste sain. Il convient toutefois de faire quelques réserves de pronostic, quand l'angore accompagne les palpitations nerveuses. Il est très marqué car ce phénomène peut amener toutes les formes d'hypocondries.

CONCLUSIONS

I. — Les palpitations sont surtout essentielles et sympathiques et ne constituent pas un symptôme d'une lésion organique du cœur.

II. — Quand un cardiaque se plaint surtout de palpitation l'état nerveux est en cause.

TRAITEMENT

Il conviendra, pour soulager les malades, d'instituer un traitement destiné à combattre la cause qu'engendre les palpitations. Chez les cardiaques : le repos, la digitale, la caféine trouveront leurs indications suivant la lésion. Chez les nerveux on usera des antispasmodiques : le bromure de potassium, le valérianate d'ammoniaque, l'éther, la morphine, les révulsifs.

On se trouvera bien d'employer dans certains cas les douches tièdes, réservant les douches froides pour les chlorotiques ; certaines cures thermales, telles que celles de Nérès, pourront être conseillées avec avantages. Enfin dans les palpitations sympathiques, c'est sur l'estomac, sur l'intestin, le foie, le poumon, l'utérus qu'il conviendra d'agir. Il sera bon de se souvenir que souvent on a vu des accès de palpitations très violents céder à une cuillerée d'huile de ricin. On devra toujours penser, en présence d'accidents graves et paraissant inexplicables, aux intoxications possibles par le thé, le tabac, etc., et se rappeler qu'il existe chez certains individus des idio-syncrasies, grâce auxquelles, telle substance peut faire naître de violents accès de palpitations.

Vu par le Président de la thèse,
POTAIN

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Ruel** (de Valence). — Lettre sur les palpitations du cœur. In Journal de Trévoux, 1871.
- Gonnin** (de Montélimar). — Lettre sur les causes de la palpitation du cœur. In Journal de Trévoux, 1714.
- Peschadour** (de Tulle). Lettre sur la palpitation du cœur. In Journal de Trévoux, 1714.
- Merat**. — Art. Palpitations du Dictionnaire des sciences médicales, tome XXXIX.
- Bouillaud**. — Traité clinique des maladies du cœur, tome II, 1835.
- Laënnec**. — Traité de l'auscultation médiate et des maladies du poumon et du cœur, 1837.
- Bouchut**. — Nouveaux éléments de pathologie générale et de séméiologie. Paris, 1858.
- Mouroisse**. — Des palpitations. Thèse de Paris, 1859.
- Stokes**. — Traité des maladies du cœur et de l'aorte, traduction de Senac. Paris, 1864.
- Lasègue**. — Des intermittences cardiaques. In Archives générales de médecine. Décembre 1872.
- Racle**. — Traité de diagnostic médical, 1875.
- Dubouillet**. — Contribution à l'étude des intermittences cardiaques. In Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.
- Bones**. — Essai sur les intermittences du pouls. Thèse de Paris, 1875.
- Germain Sée**. Leçons cliniques sur les palpitations. In France médicale, 1875.
- Du Cazol**. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Art. Palpitations, 2^e série, tome 20, 1884.

Maurice Raynaud. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Article Cœur.

Potain. — Des palpitations du cœur. In Semaine médicale, 25 décembre 1884.

Jaccoud. — Traité de pathologie interne. Paris, 1884.

Georges Foubert. — Des variations propagées du volume du cœur. Thèse Paris, 1887.

Brissaud. — Angor pectoris et angor laryngé. Extrait de la Tribune médicale, 1890.

Lorcena. — Des tachycardies. Etude clinique et physiologique. Thèse de Paris, 1891.

